ABDOMEN AIGU CHIRURGICAL

D.OUARET-K.CHAOU

Clinique Chirurgicale B CHU Mustapha

DÉFINITION

- Situation d'urgence caractérisée par une symptomatologie abdominale d'apparition brusque, associant le plus souvent
  - -douleurs,
  - -nausées,
  - -vomissements,
  - -troubles du transit
  - -fièvre

INTERET

- L'affection sous-jacente pouvant relever d'un dg et d'un TRT rapides.

- Situation parfois difficile en raison de la gravité potentielle et du manque de stratégie diagnostique systématisée.

- Nombre important de douleur abdominale vue en médecine générale (5 à 10%).

ETIOLOGIE

- - Infection bactérienne
- -Torsion et strangulation d'organe
- -Hémorragie aigue

Principales étiologies

- Douleurs abdominales non spécifiques 43%
- Appendicite 23%
- Cholécystite 9%
- Occlusion intestinale 4%
- Colique néphrétique 3%
- Ulcère (perforé) 3%
- Pancréatite aiguë 2%
- Diverticulite 2%
- Autres 11%

Prévalence selon age / sexe

	< 50ans	>50 ans	homme	femme
Douleur NS	40 %	16 %	22 %	25 %
Appendicite	32 %	15 %	30 %	23 %
Cholécystite	6 %	21 %	8 %	12.5 %
Occlusion	2 %	12 %	8 %	9 %
Pancréatite	2 %	7 %	5.2 %	2 %
Patho.gynéco-obst				10 %
Diverticulose	< 0.1 %	6 %	2.1 %	2 %

Tableau clinique

Deux grands syndromes:

A/ Syndrome occlusif

B/ Syndrome péritonéal

A/ Le syndrome occlusif :

Caractérisé par:

-Arrêt complet des matières et des gaz.

-Météorisme.

-Vomissements.

-Douleur.

Il faut:

- reconnaitre le syndrome obstructif.
- Localiser le siège.
- Définir le mécanisme.
- Préciser la cause.

Obstacle et stase vont entrainer une distension digestive, responsable de:

- Augmentation de la prolifération microbienne intestinale.
- Allongement des vaisseaux intrapariétaux.
- Ischémie tissulaire.



.Nécrose intestinale

.Translocation bactérienne (choc toxi-infectieux)

La gravité va dépendre

-du terrain.

-du caractère plus ou moins complet de l’obstacle.

-de la présence ou non d’un obstacle :

.**Occlusion mécanique** obstruction

Strangulation

.**Occlusion fonctionnelle**.

Occlusions Mécaniques:

Par **Obstruction** -Endoluminale
-Pariétale
-Extrinsèque

Par **Strangulation** -Etranglement herniaire
-Eventration étranglée
-Bride, Volvulus
-Invagination

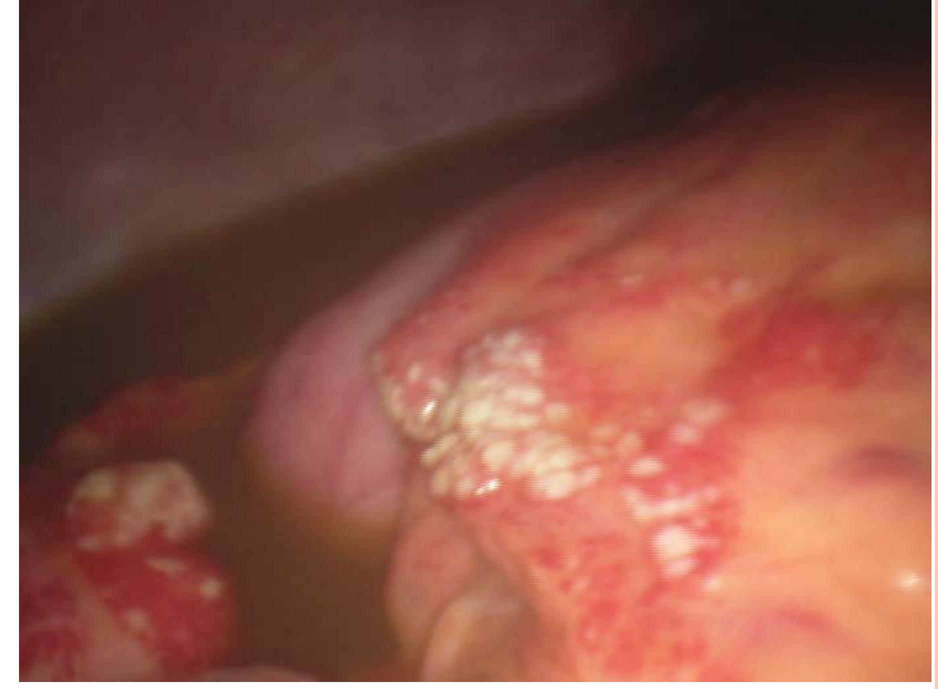
Occlusions fonctionnelle:

Interruption du péristaltisme sans obstacle fonctionnel

→ tube digestif perméable

- Occlusions réflexes (colique néphrétique)
- Occlusions inflammatoires (appendicite, abcès profond)
- Syndrome d'Ogilvie
- Occlusions métaboliques (hypokaliémie)
- Occlusion post-opératoire précoce (iléus postopératoire)

B/ Le Syndrome péritonéal



- -Inflammation du péritoine
- -Généralisée ou localisée

- souvent secondaire à une perforation d'un organe digestif

- rarement primitive

Clinique

- Douleurs: . Brutales, progressive.
  . Aigue, sourde, permanentes
  . rapidement généralisées
- Réactions pariétales
  - défense
  - contracture abdominale (Contraction spontanée, invincible, permanente, douloureuse, généralisée)
- Douleur au toucher rectal

Evolution : Défaillance polyviscérale sans TRT

Signes associés:

-Fièvre, frissons

-Troubles du transit:

.vomissements,

.constipation, diarrhée, maelena.

-Pâleur, ictère.

-Perte de poids

-Signes de déshydratation.

-Signes de choc: marbrures, hypotension, oligurie,

-Troubles de la conscience: torpeur, agitation.

Examen de l'abdomen

Inspection

- immobilité de la paroi abdominale traduit une réaction péritonéale.
- recherche d'une distension abdominale localisée ou diffuse.
- des ondulations péristaltiques peuvent être visibles.
- la présence d'une cicatrice abdominale doit faire évoquer une occlusion sur bride.

Palpation

-permet de rechercher douleur provoqué et sa topographie

-les signes d'irritation péritonéale :

- défense: contracture abdominale déclenchée par la palpation
- contracture généralisée, spontanée et permanente: péritonite

-rechercher une masse, une grosse vésicule, globe vésicale

-vérifier les orifices herniaires, recherche une hernie étranglée

Percussion

- recherche un tympanisme diffus en faveur d'un météorisme
- une matité déclive (ascite, hémopéritoine…)
- disparition de la matité pré-hépatique, ulcère perforé

Auscultation

- bruits hydro- aériques intenses: une occlusion mécanique.
- bruits hydro- aériques absents: une occlusion fonctionnelle.
- recherche un souffle systolique sténose ou anévrysme artériel.

Toucher rectal :

- on note la présence ou non de selles dans l'ampoule rectale
- une douleur provoquée au cul-de-sac de douglas traduit une irritation péritonéale.

Toucher vaginal :

- toujours combiné au palper hypogastrique
- apprécie, l'état du col, la taille du l'utérus, la souplesse des culs-de-sacs.
- recherche une douleur à la mobilisation utérine, une masse latéro -utérine.

Degrés d'urgence

- Extrême urgence
  - Urgences hémorragiques
    - Anévrisme de l'aorte
    - Grossesse extra-utérine
    - Rupture splénique ou autre rupture vasculaire intra-abdominale
- Urgences relatives
  - Perforation
    - Intestinale
    - Biliaire
  - Occlusion par strangulation
  - Embolie artérielle mésentérique
- Urgences différées
  - Appendicites, cholécystites
  - Occlusion par obstruction
  - Certaines perforations hautes

Examens complémentaires : Radiologie++

1-Abdomen sans préparation

2-Echographie abdominale

3-Scanner abdominal

1.ABDOMEN SANS PREPARATION

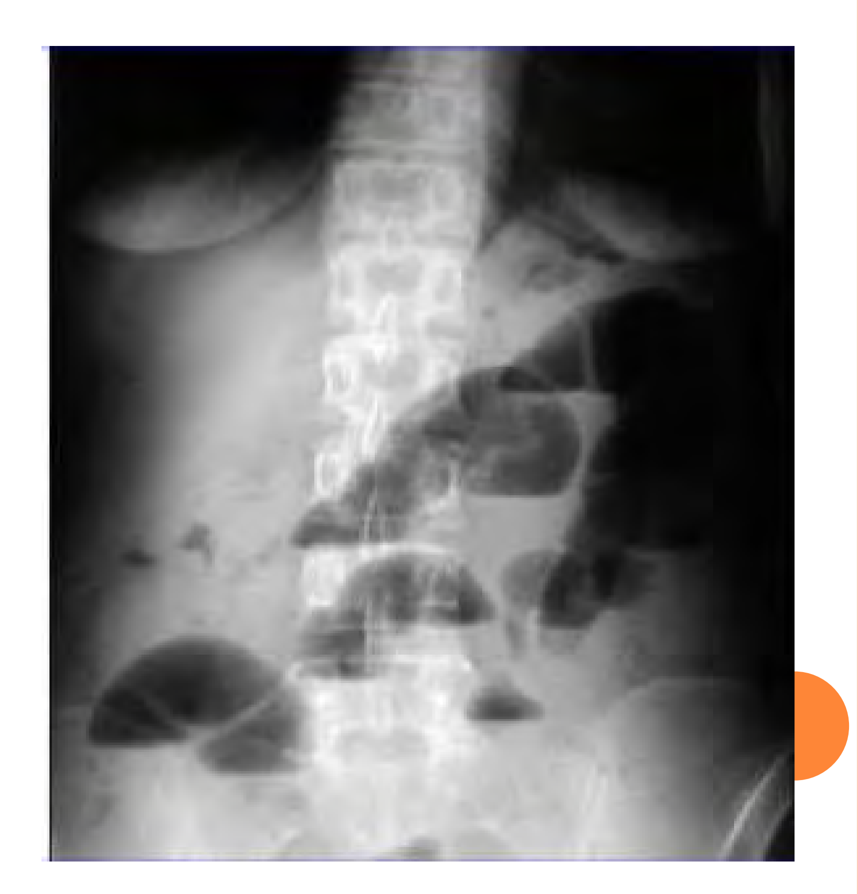
- ☐- Répartition des gaz
- ☐-Epanchements anormaux
- ☐-Opacité anormale



REPARTITION DES GAZ

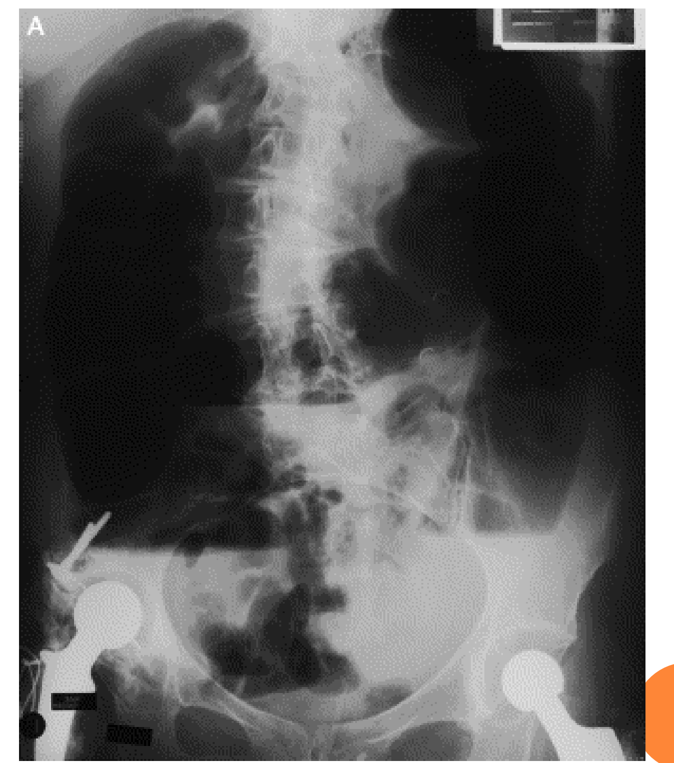
Occlusion du grêle



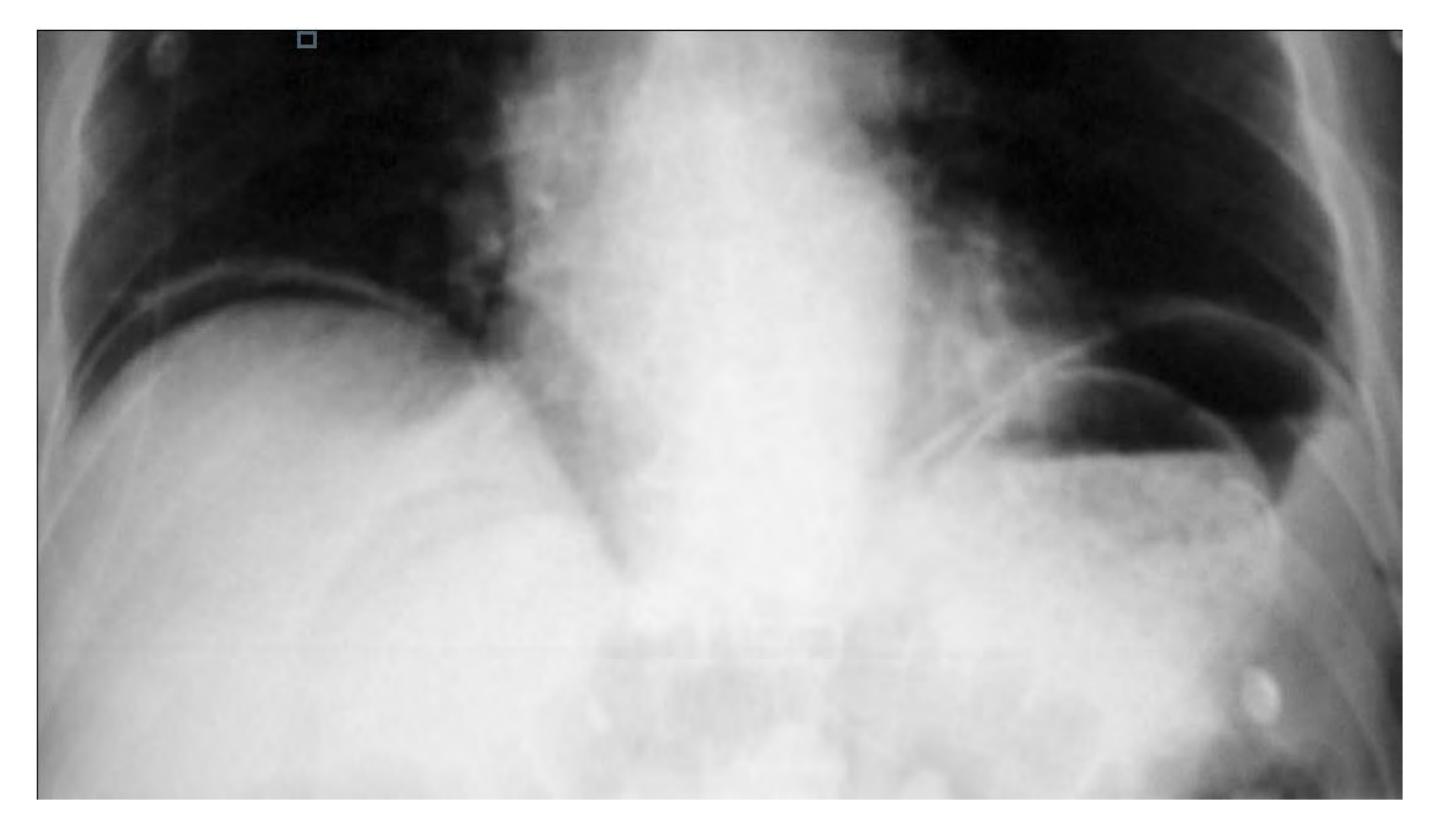


Occlusion colique





EPANCHEMENTS ANORMAUX



Pneumopéritoine

OPACITES ANORMALES

- Stercolithe appendiculaire
- Lithiase rénale
- Lithiase vésiculaire
- Calcification vasculaire



2.ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

- Grande sensibilité pour la détection d'épanchements liquidiens intra péritonéaux ++
- Aucun intérêt pour la détection d'un pneumopéritoine
- Analyse des voies biliaires, annexes





3.SCANNER ABDOMINAL

- Examen de référence de l'abdomen aigu en dehors de la pathologie biliaire et du pelvis

- Détection de tous les épanchements intra abdominaux

- Etude de la paroi du tube digestif, infiltration des méso, du parenchyme des organes pleins

Critères de choix entre écho et TDM

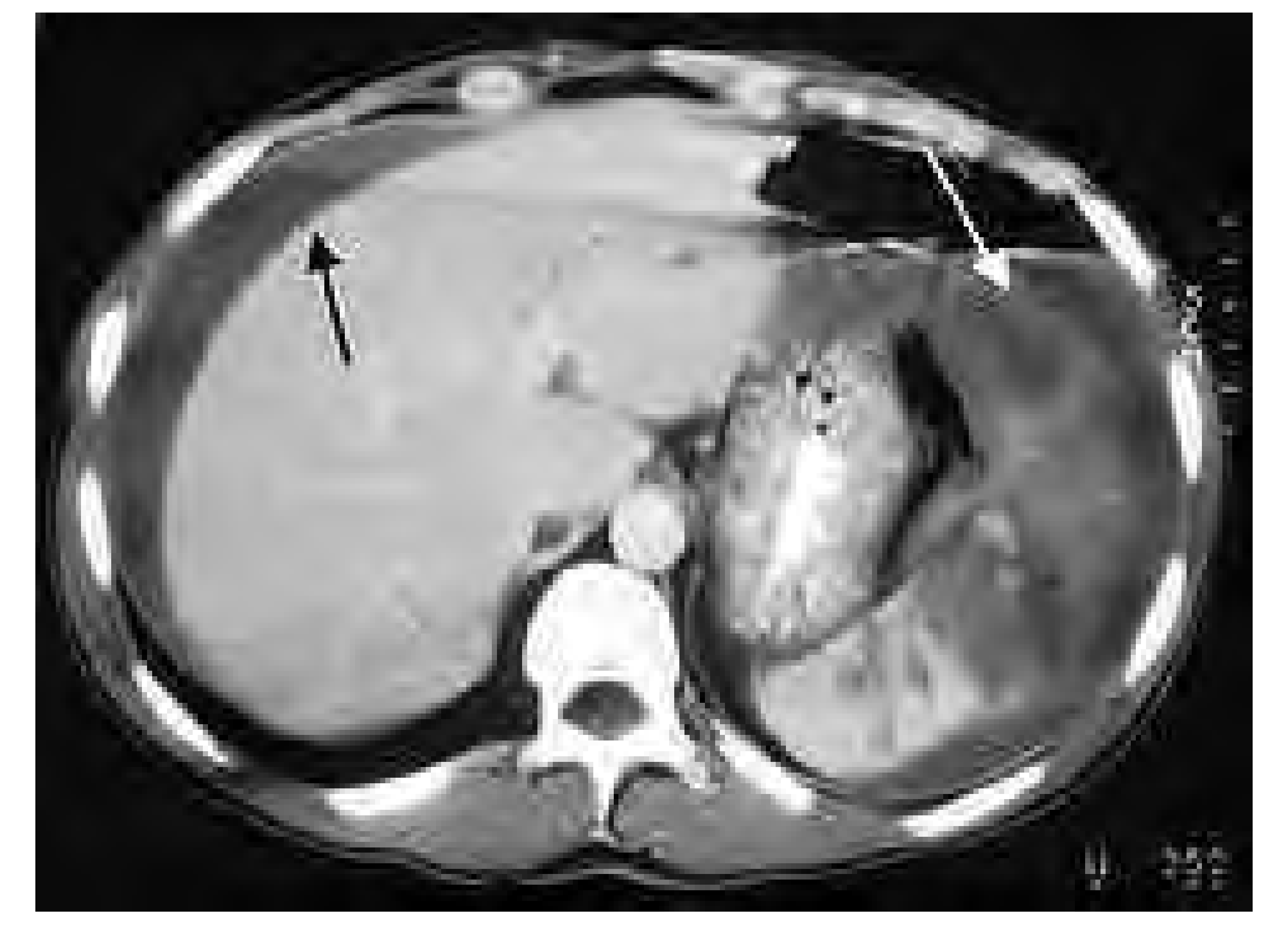
- **Echographie**
  - Enfant
  - Femme jeune
  - Sujet maigre
  - Abdomen plat et mat
  - Douleur localisée
  - Affection unique
  - Echographiste entraîné

- **Tomodensitométrie**
  - Sujet âgé
  - Malade obèse
  - Tympanisme
  - Douleur diffuse
  - Syndrome occlusif
  - Malade immuno-déprimé
  - Affections multiples complexes
  - Antécédents chirurgie abdominale

Place des différentes techniques d'imagerie

	ASP	Echo	TDM
Pancréatite	-	+	+++
Appendicite	-	++	+++
Sigmoïdite	-	+	+++
Grossesse extra utérine	-	+++	-
Lithiase biliaire compliquée	-	+++	-
Colique néphrétique	++	+	+++
Anévrysme aorte fissuré	-	++	+++
Perforation digestive	+++	-	+++
Syndrome occlusif	++	-	+++

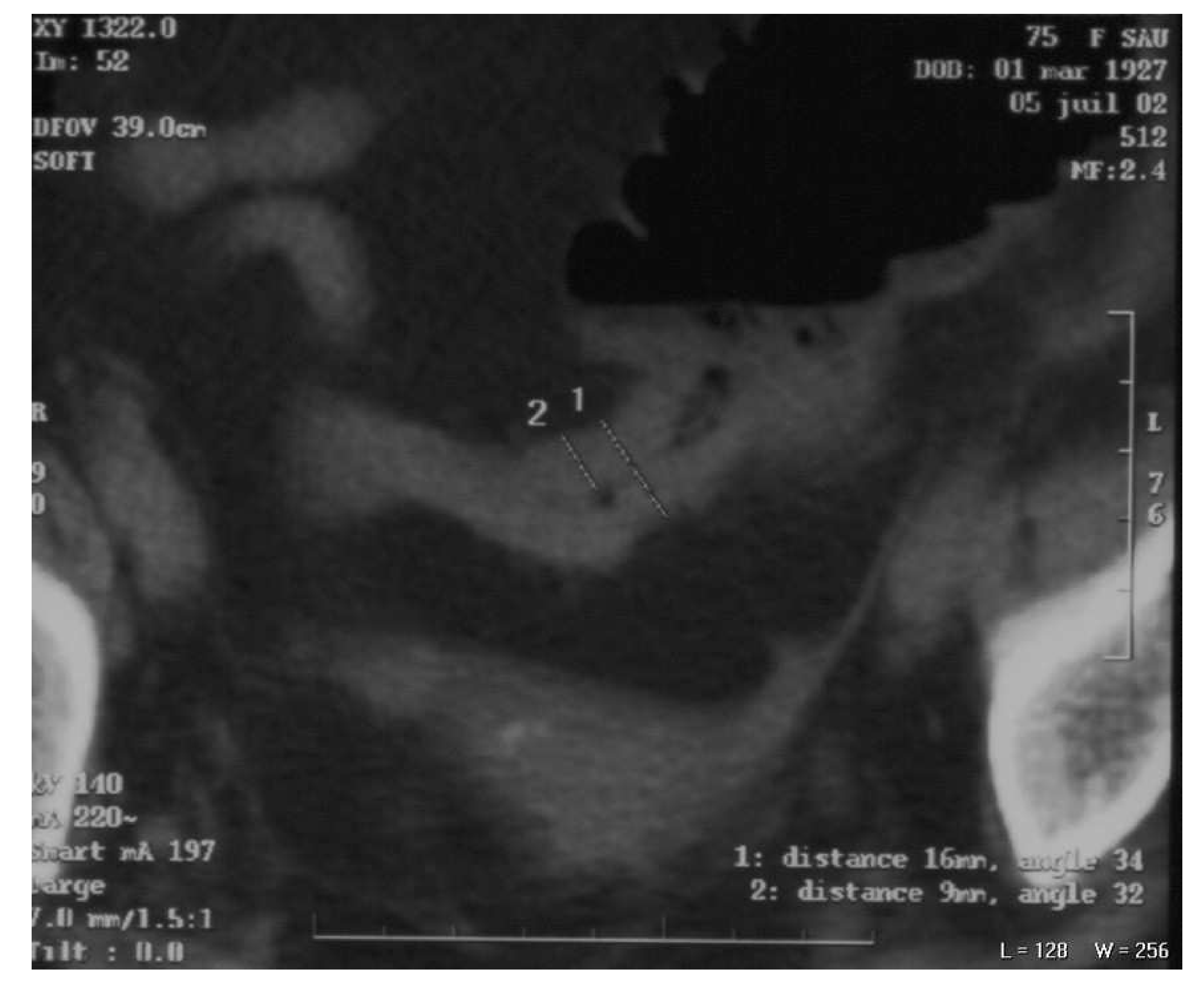
Pneumopéritoine



Occlusion



Sténose


XY 1322.0
Im: 52
DFOV 39.0cm
SOFT
75 F SAU
DOB: 01 mar 1927
05 juil 02
512
MF:2.4
2
1
R
L
kV 140
mA 220
Smart mA 197
Large
7.0 mm/1.5:1
Tilt : 0.0
1: distance 16mm, angle 34
2: distance 9mm, angle 32
L = 128 W = 256

Hémorragie



Appendicite



ETIOLOGIES

1/Appendicite aigue

Syndrome appendiculaire

-Défense FID
-Fièvre 38/38,5
-Hyperleucocytose modérée mais absente dans 30%
-Evolution imprévisible: plastron, péritonite.

Diagnostic différentiel:

- Adénite mésentérique
- Iléite de Crohn
- Cancer du colon droit abcédé
- Douleur abdominale non spécifique

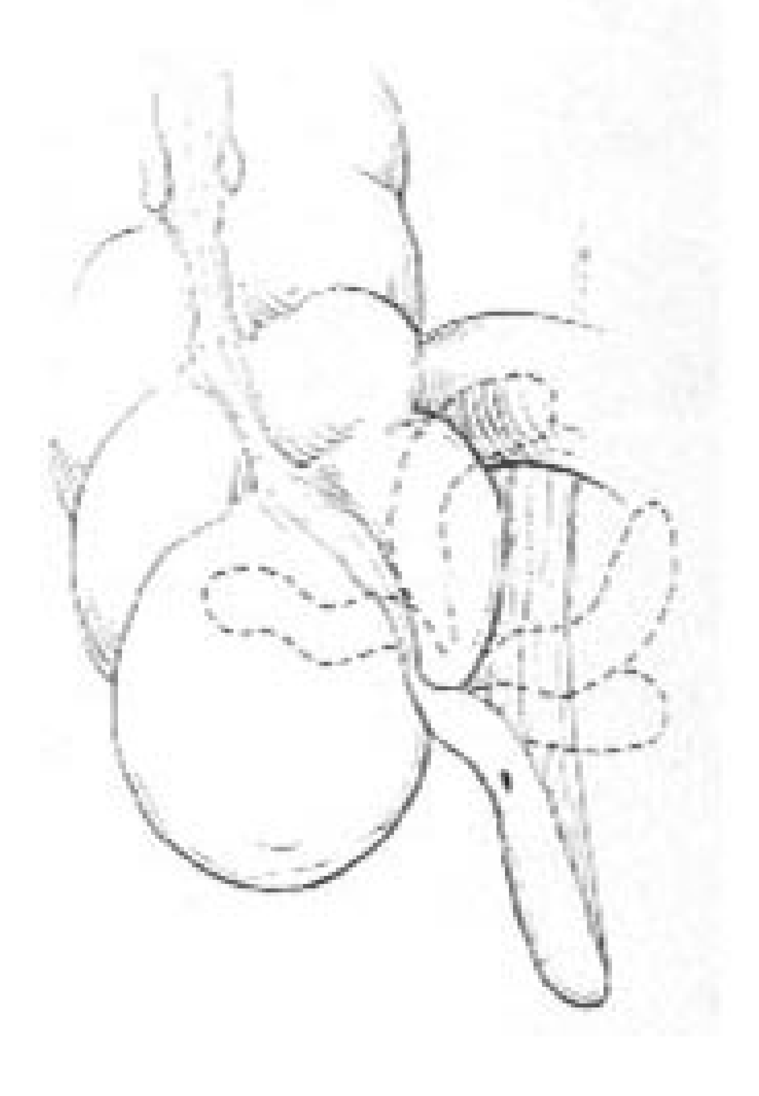
Examens complémentaires:

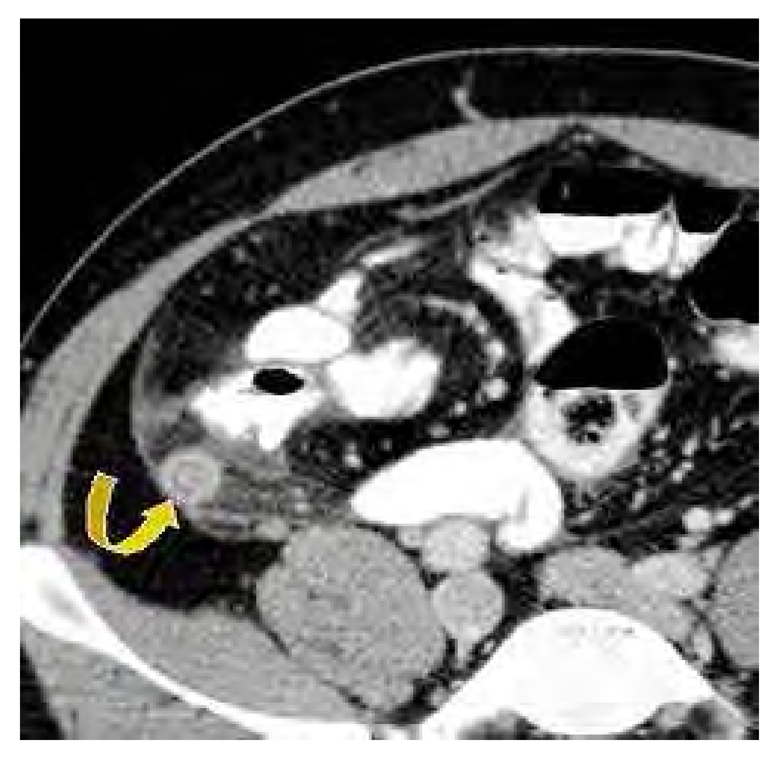
-NFS, ßHCG systématique chez la femme en activité
génitale quelque soit le contexte

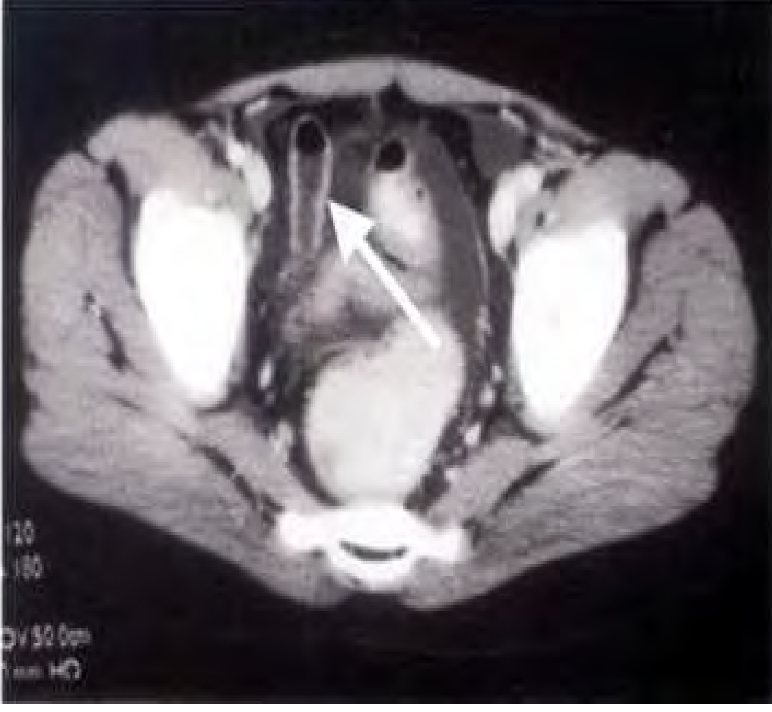
-Échographie pelvienne chez la femme

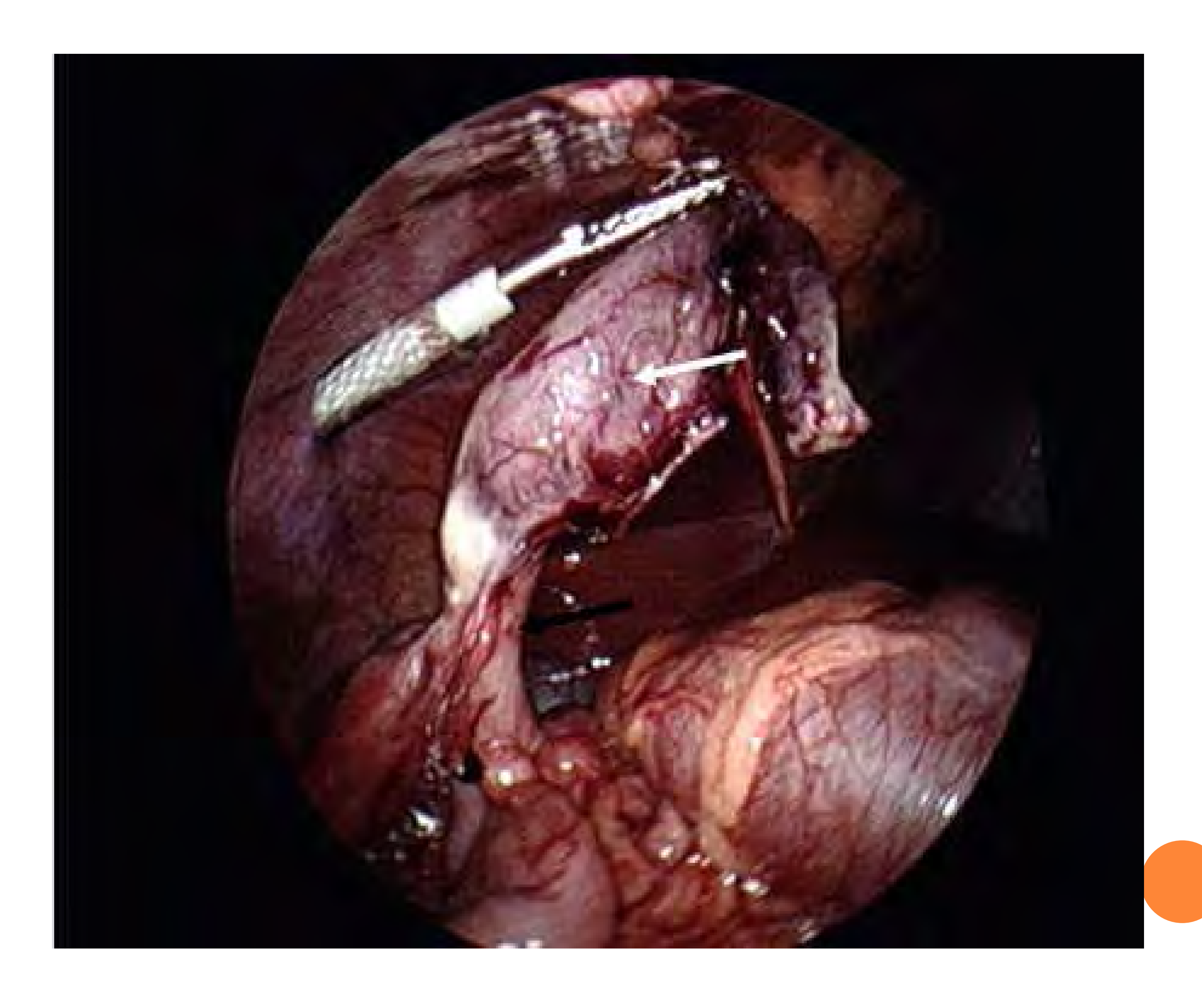
-TDM si syndrome incomplet, élément évocateur de maladie de Crohn, chez l'adulte après 50 ans

Positions anatomiques de l'appendice







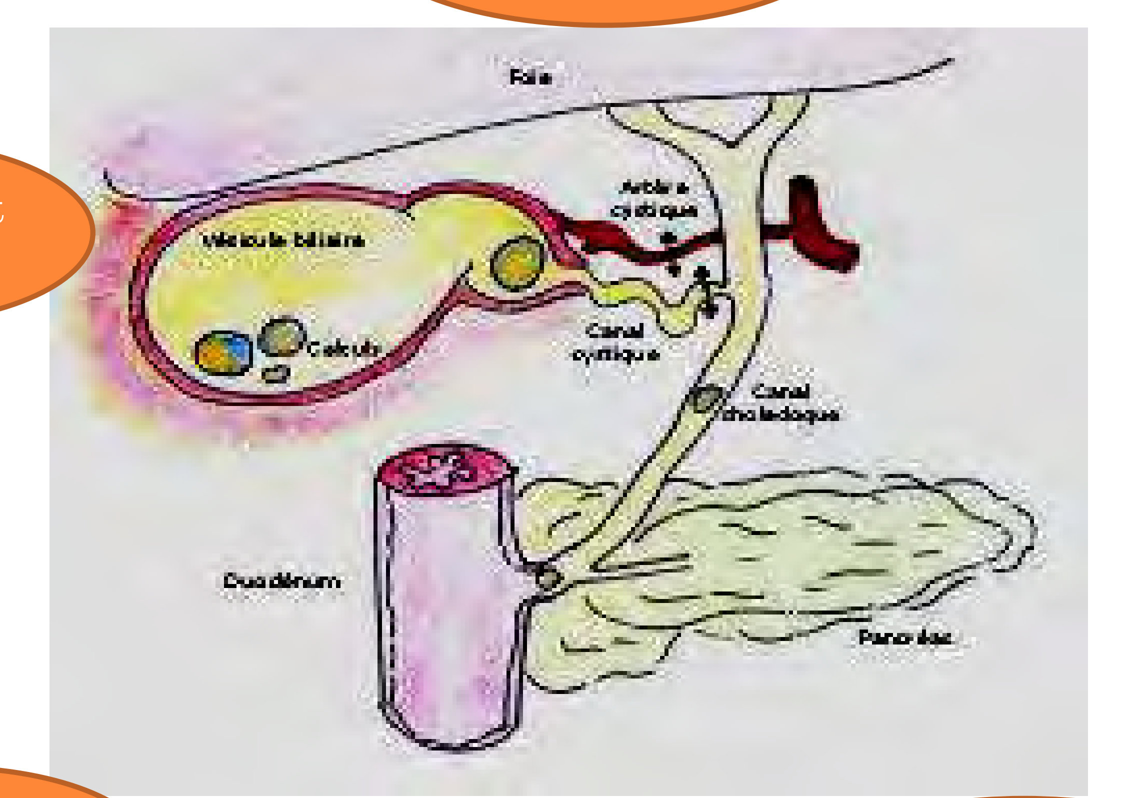




2/Douleurs biliaires:

Colique hépatique

Cholécystite aigue



Migration lithiasique

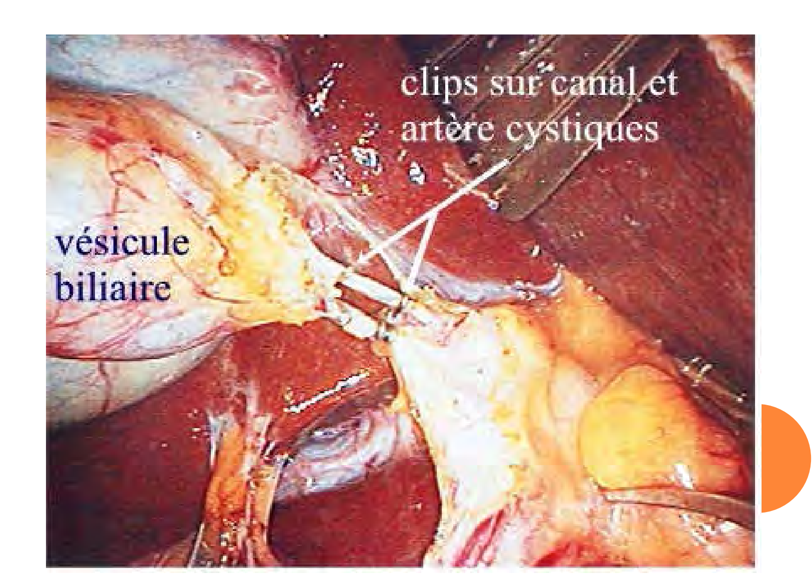
angiocholite

a/ Colique hépatique

- brutale, transitoire, épigastrique
- pas de sepsis, pas de cholestase
- Echo : lithiase sans épaississement paroi







b/ Cholécystite aigue

- Défense, fièvre, douleur permanente
- Echo : épaississement supérieur à 4 mm, infiltration et épanchement péri vésiculaire





c/ Angiocholite

- Douleur, fièvre, ictère
- Biologie : cholestase + sepsis
- Echographie : dilatation voie biliaire intra et extra-hépatiques
- Echo-endoscopie pour bilan pré thérapeutique

3/Occlusion

-Reconnaître le syndrome obstructif

-Localiser son siège

-Définir son mécanisme

-Préciser sa cause

Diagnostic positif

-Clinique :arrêt matière et gaz

-Radiologique : niveaux hydro- aériques

-Mécanisme:

.Fonctionnelle dilatation diffuse

peu douloureuse, contexte clinique



.Organique : dilatation segmentaire



a/Occlusion du grêle

- examen très attentif des orifices herniaires
- les hernies crurales sont petites et se révèlent souvent par un étranglement.

Occlusion sur masse:

En l'absence d'antécédents chirurgicaux, il faut réaliser un scanner systématiquement afin d'éliminer un syndrome de masse intra abdominale

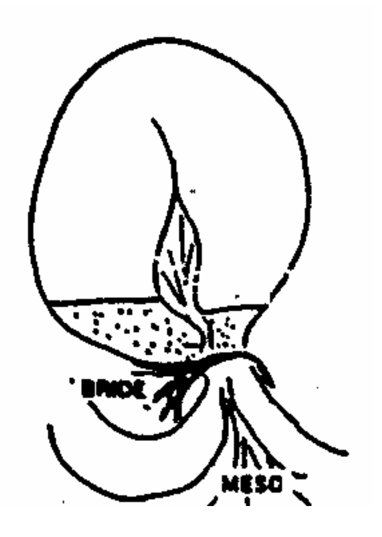


Occlusion sur bride :

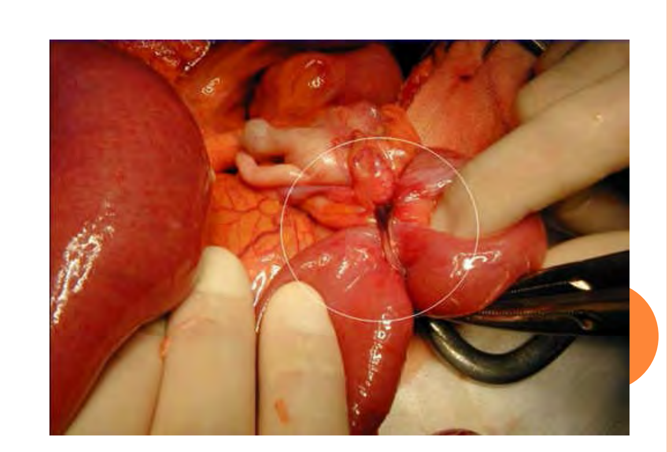
Aucun examen ne permet de visualiser les brides, il s'agit d'un diagnostic d'élimination.

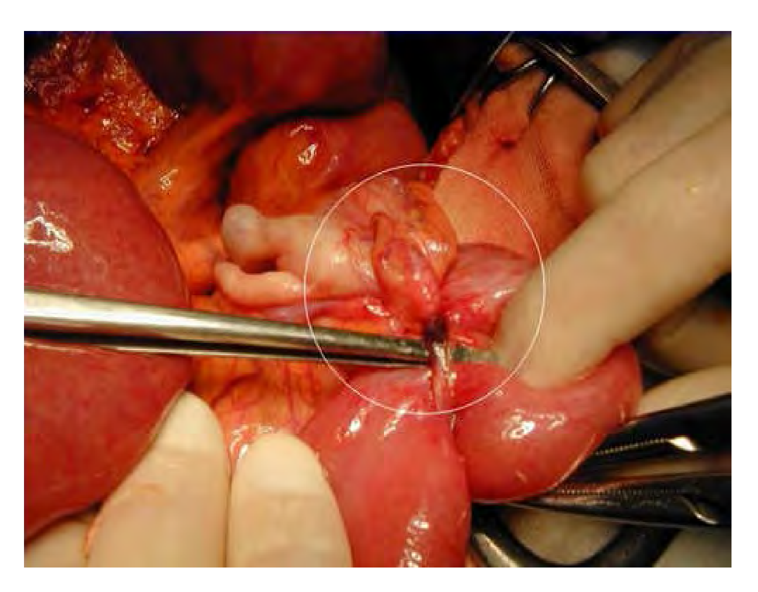
le but du traitement est de lever l'occlusion sans ré-intervention.

le bilan et la surveillance recherchent des signes de souffrance du tube digestif qui poseront l'indication d'une laparotomie.

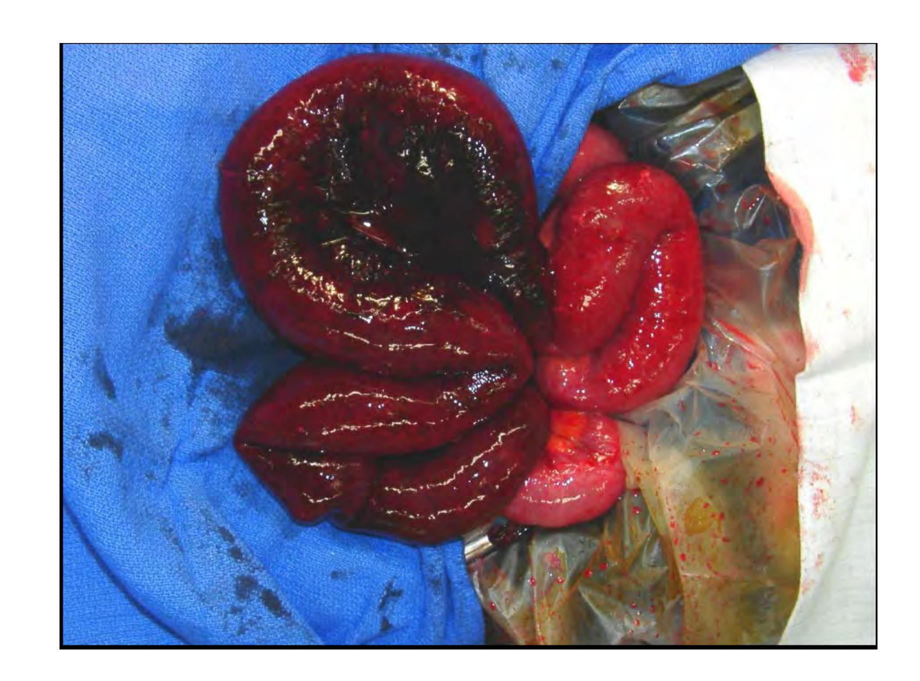










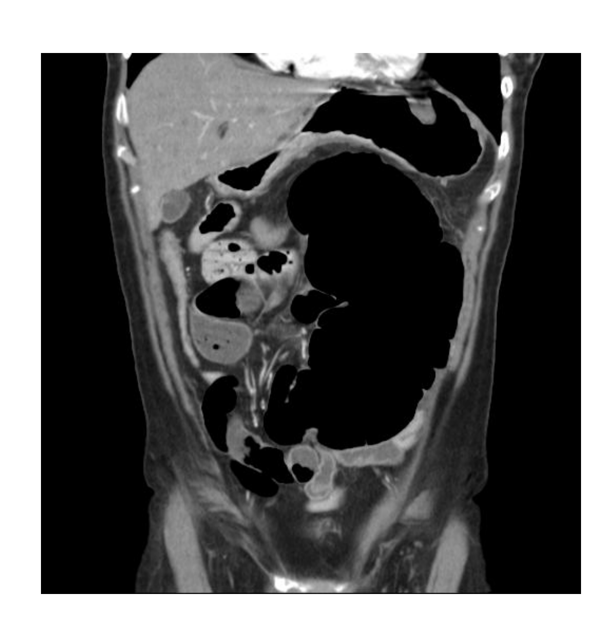


b/Occlusion colique :

- Mortalité élevée
- Le diagnostic de tumeur doit être évoqué en première intention

.

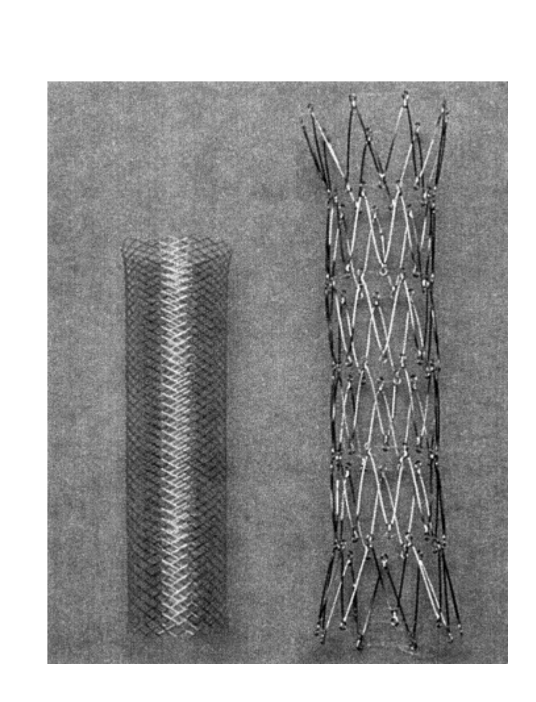


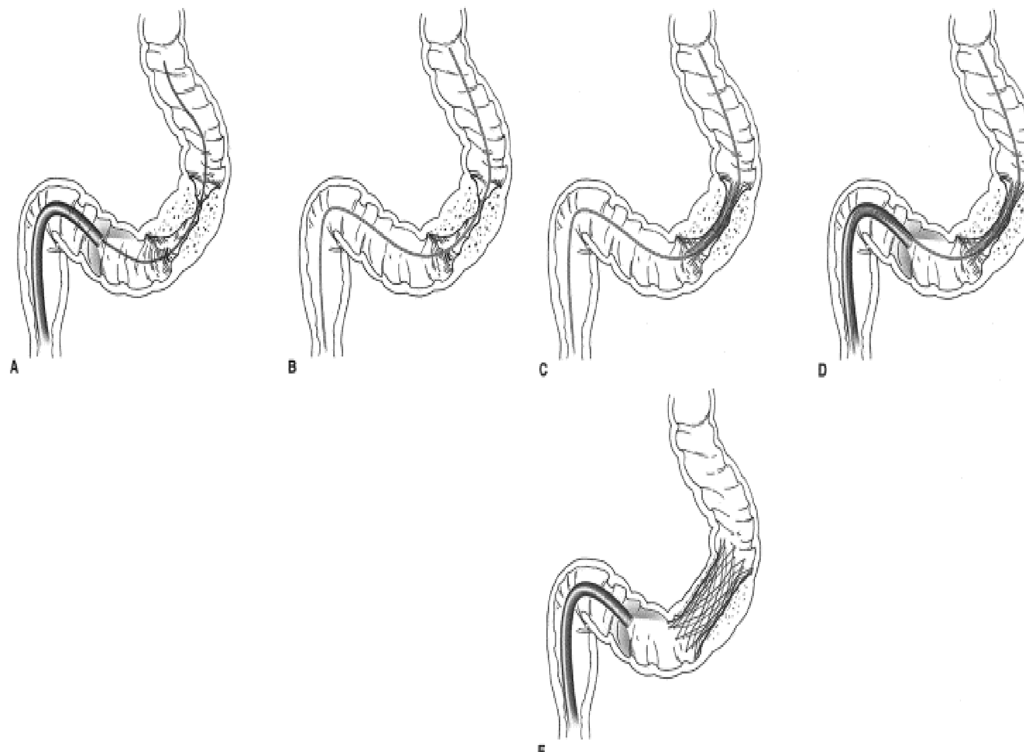


Traitement des O.I.A.

- **Médical**
  - Aspiration digestive
  - Correction des troubles hydro-éléctrolytiques
- **Chirurgical**
  - En urgence : si menace de nécrose ou de perforation digestive
  - Strangulation : lever le garrot, traiter l'anse en fonction de sa vitalité
  - Obstruction : lever l'obstacle
    - Résection anastomose
    - Dérivation : iléostomie, colostomie

Méthode non opératoire : levée de l'occlusion par un stent posé par voie endoscopique. Patients âgés, tarés.

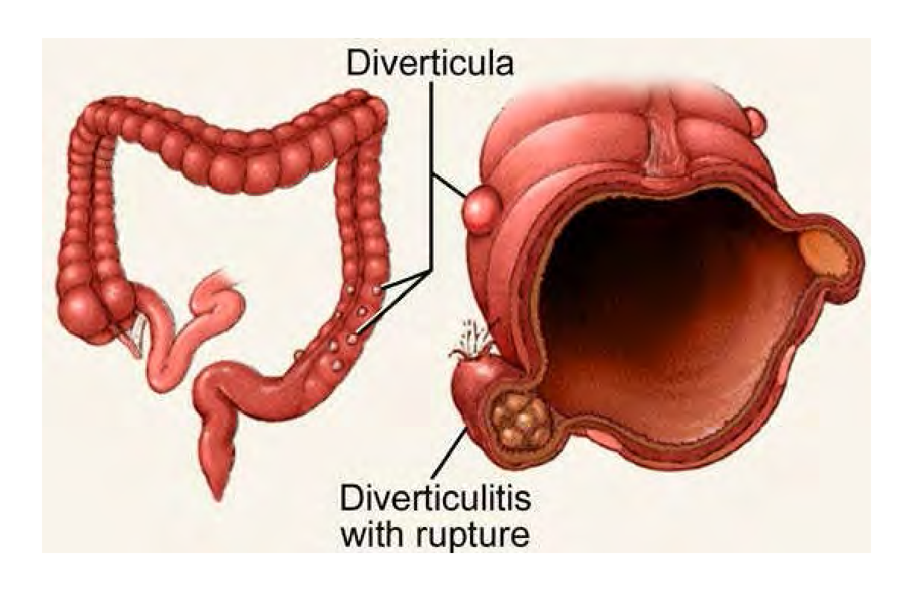


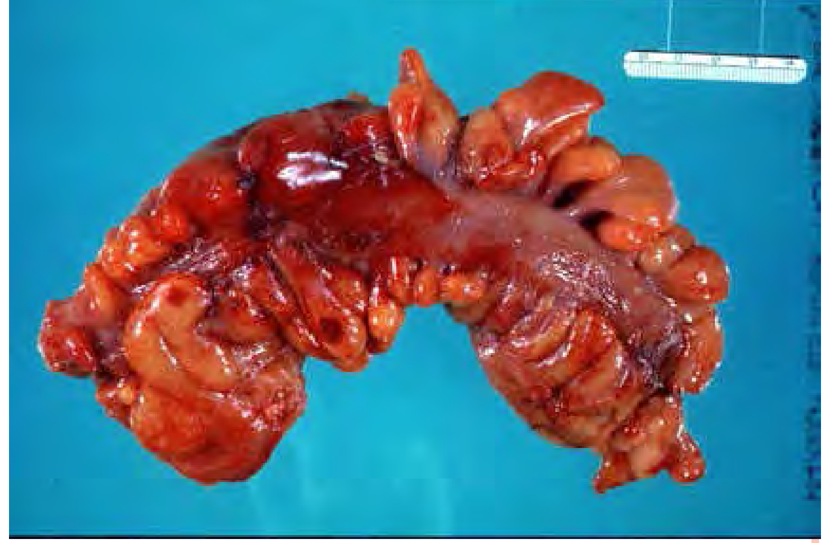




4/ Diverticulite:

Défense, fièvre,hyperleucocytose. Le diagnostic ne peut être posé sans scanner.





Traitement :

- chirurgie en urgence si abcès non drainable ou perforation
- chirurgie programmée
  - -2ème poussée,
  - -première poussée compliquée,
  - - AINS

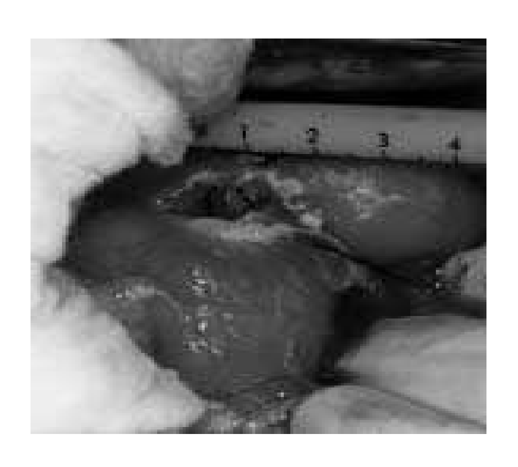
Traitement médical : antibiothérapie 10 jours.

5/ Ulcère perforé

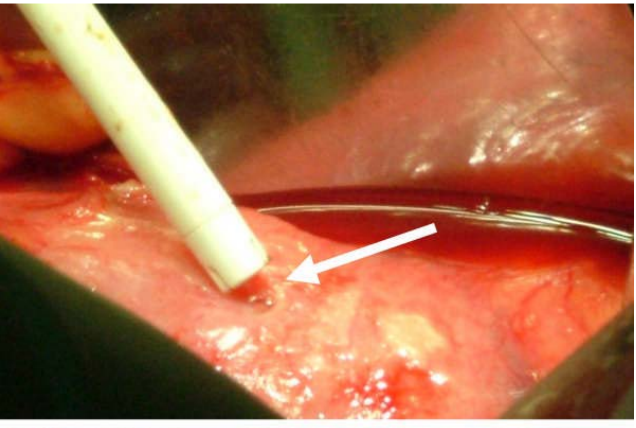
-Irritation péritonéale+++

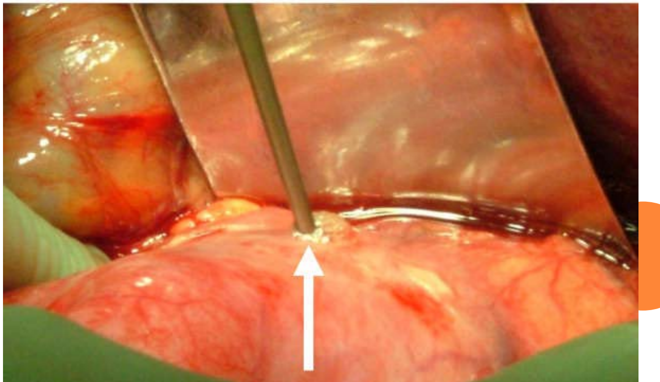
-Brutalité des signes

-Médicament gastrotoxiques



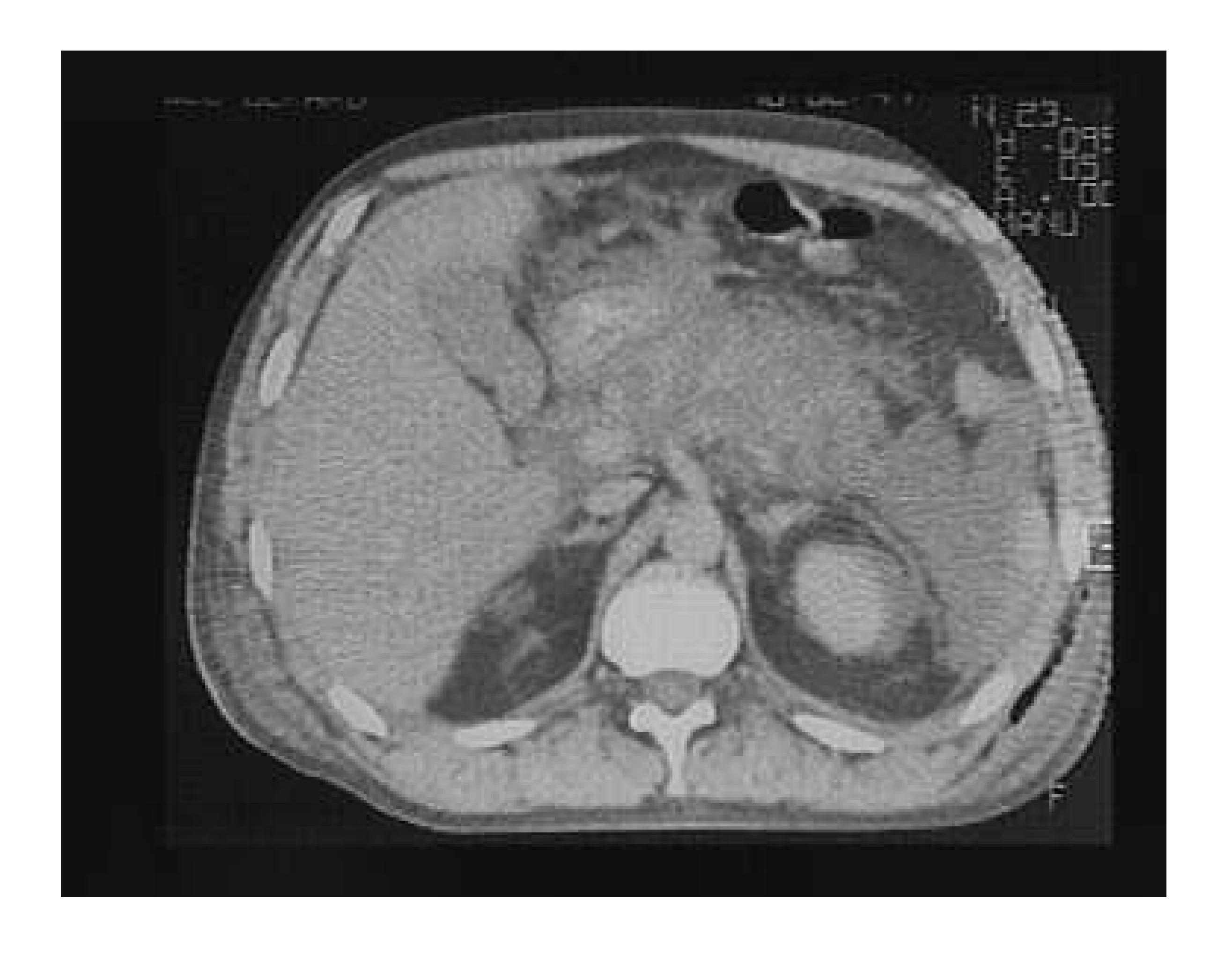






6/ Pancréatite aigue

- Douleur en barre, épigastrique - lipase 3N



6/ Gynécologiques

a/ G.E.U.



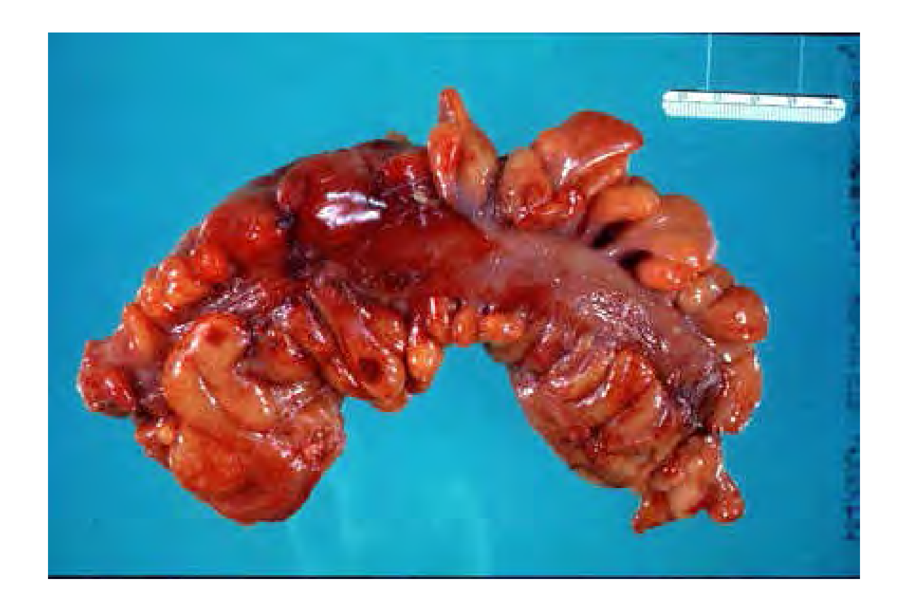


b/ Kystes ovariens

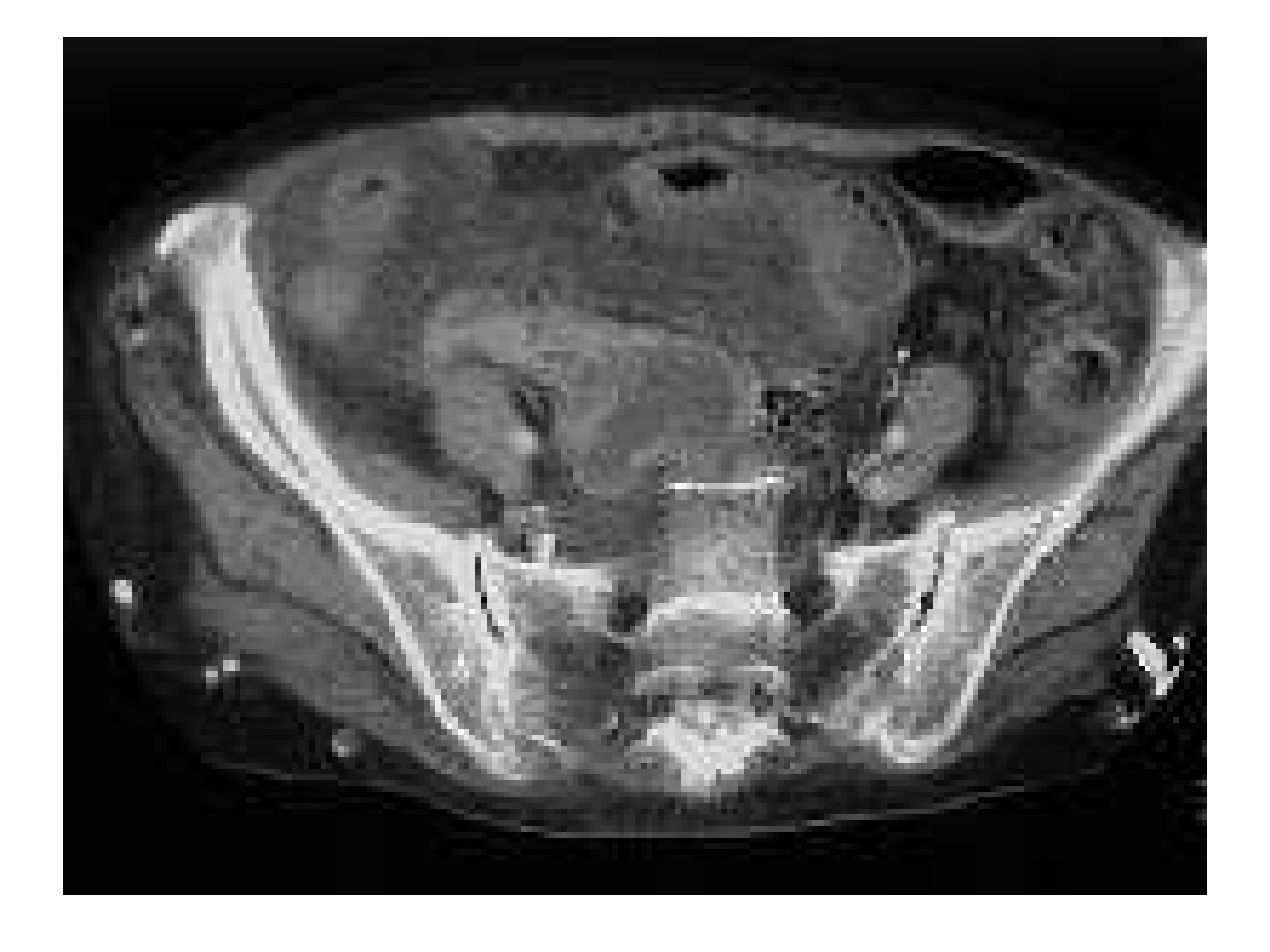




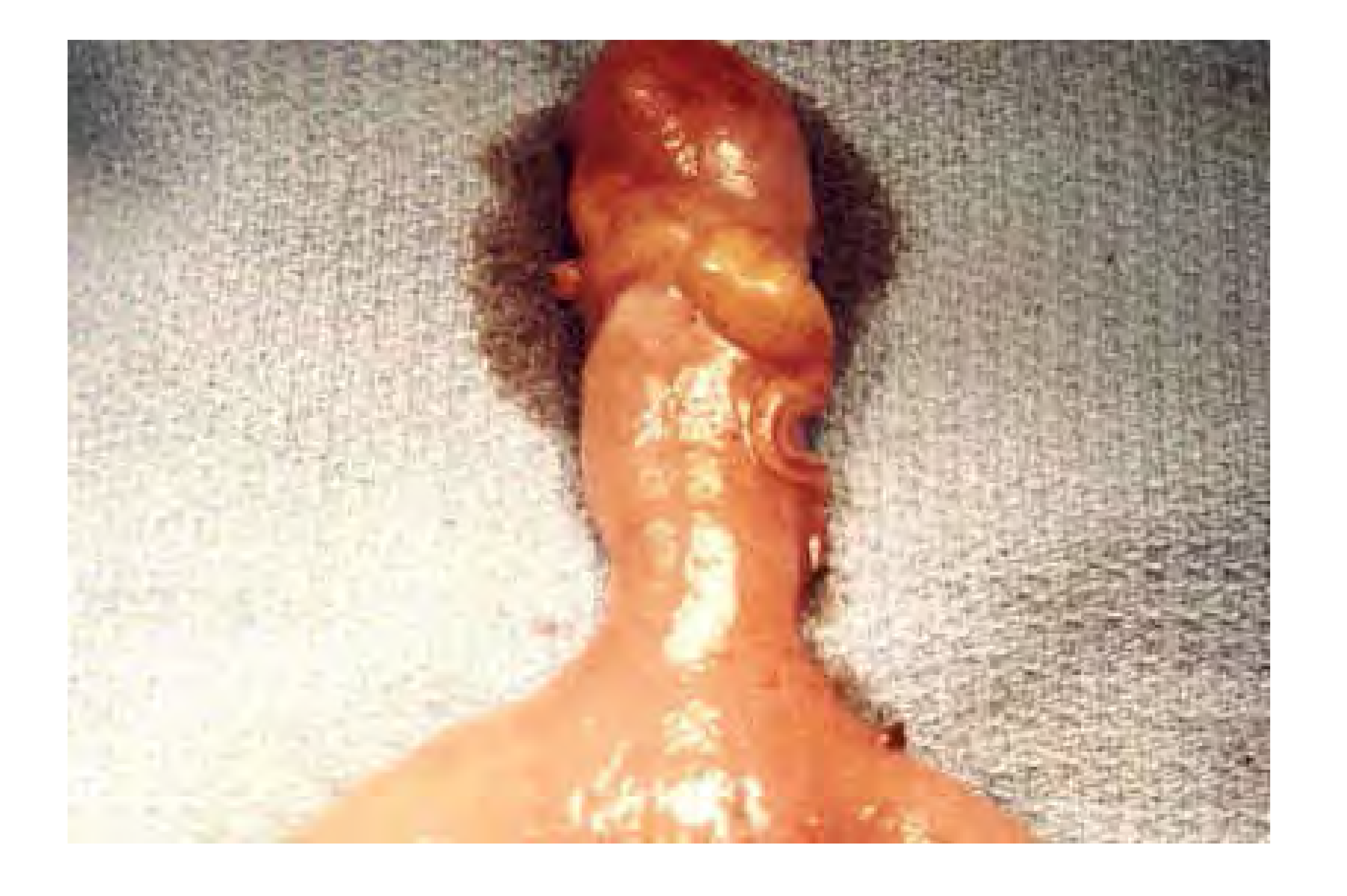
7/ Appendagyte: Torsion d'une frange épiploique.



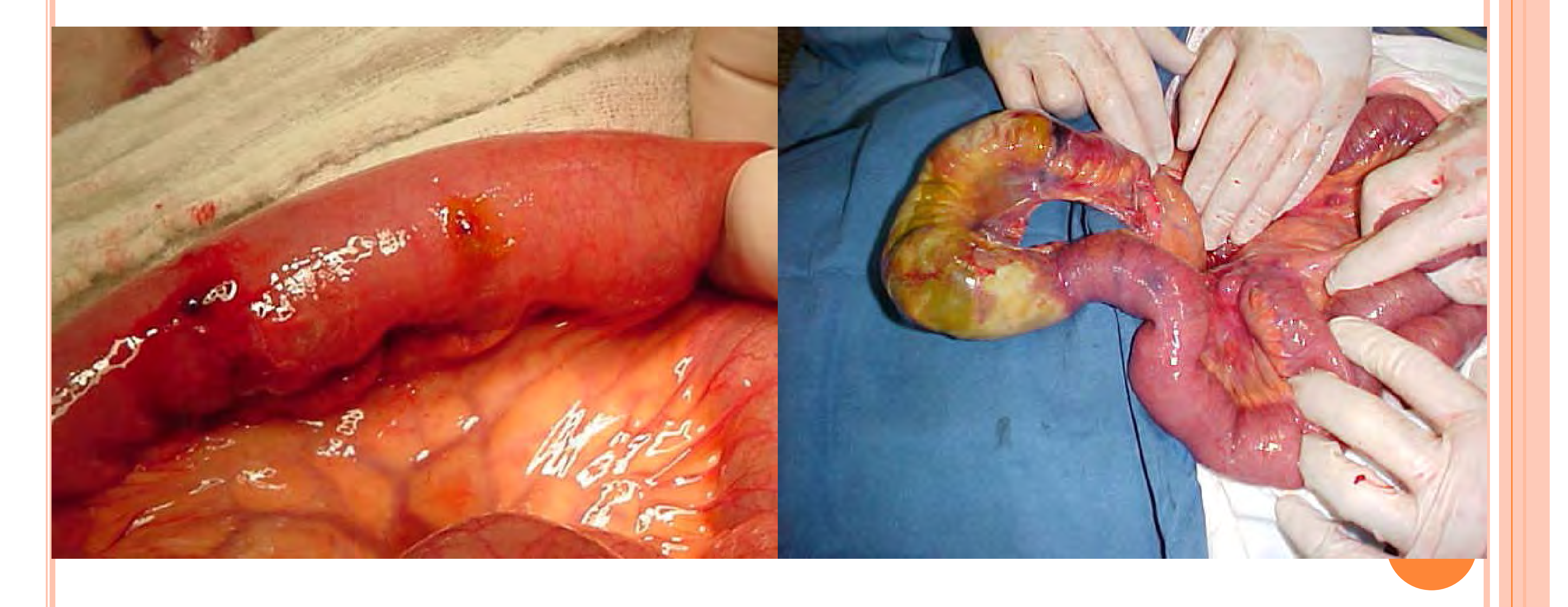
8/ Ischémie mésentérique



9/ Diverticule de Meckel



10/ Traumatisme abdominaux



Attention à la douleur de l'épaule gauche après traumatisme abdominal.



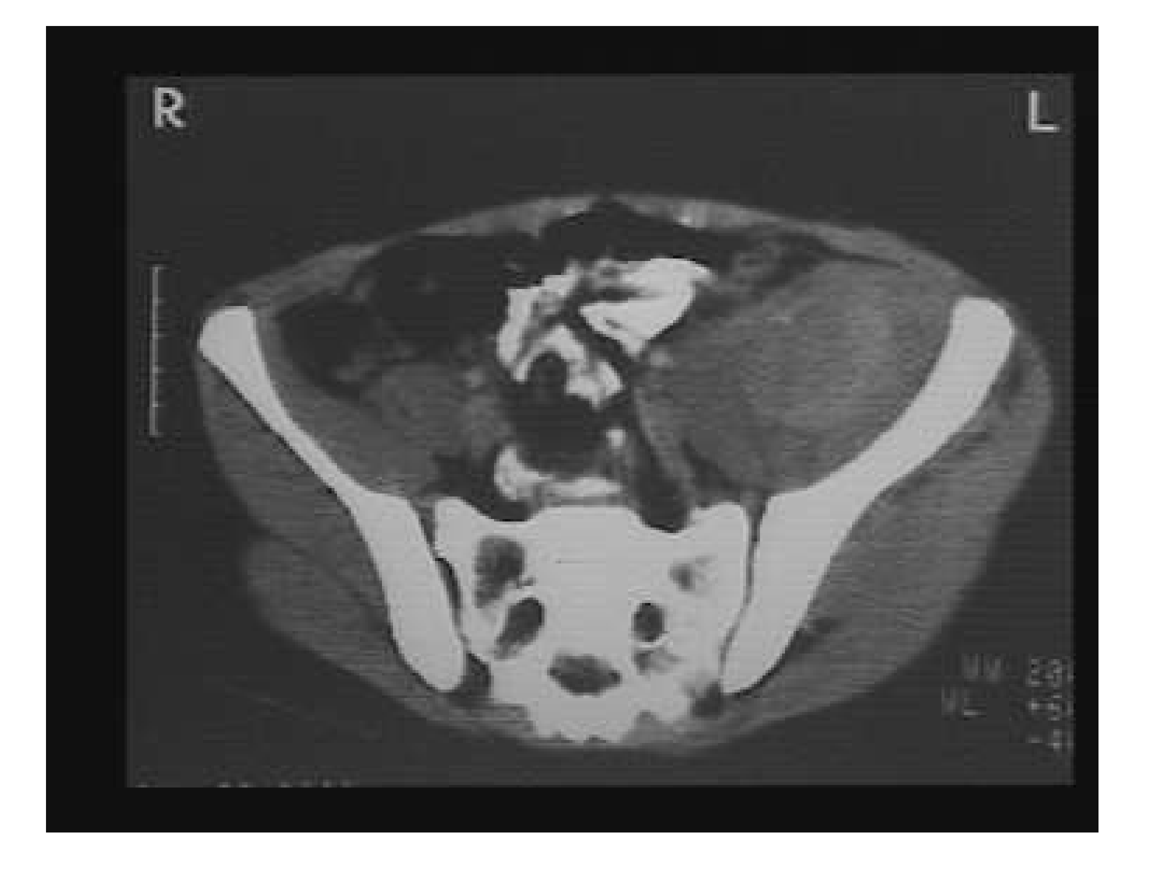
11/ Hématome de la paroi

Hématome des grands droit (patient sous anticoagulant)

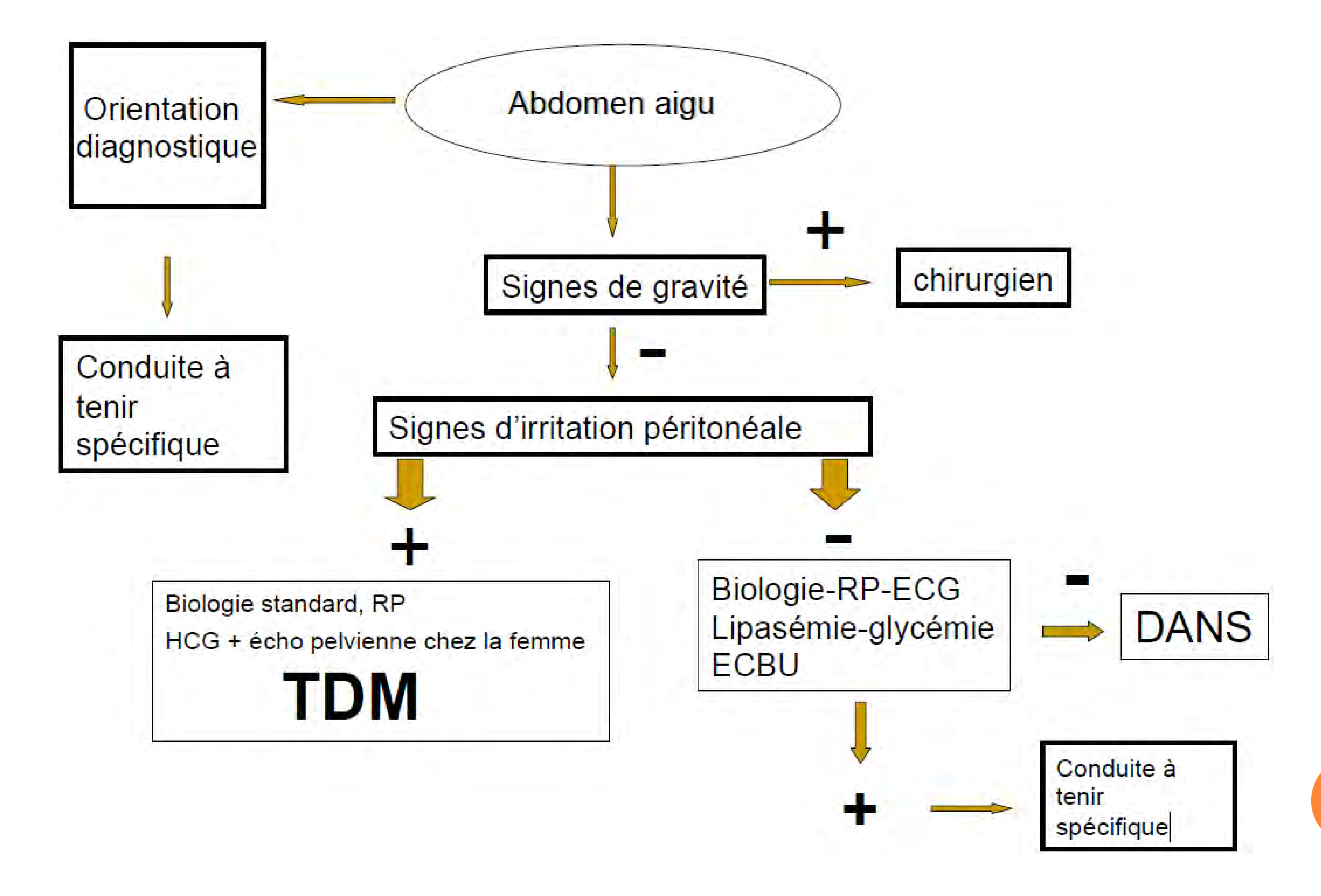




Hématome du Psoas



En pratique


Abdomen aigu
Orientation diagnostique
Conduite à tenir spécifique
Signes de gravité
+
chirurgien
-
Signes d'irritation péritonéale
+
Biologie standard, RP
HCG + écho pelvienne chez la femme
TDM
-
Biologie-RP-ECG
Lipasémie-glycémie
ECBU
-
DANS
+
Conduite à tenir spécifique

Conduite à tenir spécifique

Maladie du tube digestif

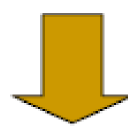
Syndrome occlusif
Grêle : ASP si pas de contexte carcinologique et patient jeune
Dans tous les autres cas TDM

Diverticulite
TDM

Syndrome appendiculaire
TDM si incomplet ou signes associés

Conduite à tenir spécifique

Douleur biliaire aigue



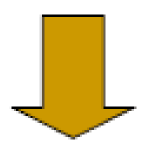
Bilan hépatique + échographie trans pariétale

↓

Echoendoscopie si cholestase ou dilatation biliaire

Conduite à tenir spécifique

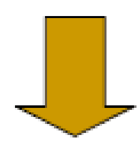
Douleur pelvienne avec leucorrhée, douleur au TV



β HCG , échographie pelvienne

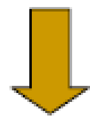
Conduite à tenir spécifique

Traumatismes - Anticoagulants -corticoïdes



TDM
(sauf hématome des grands droits : écho)





Choc

Sepsis grave

Contracture,défense généralisée

CONCLUSIONS

La survenue d'une douleur abdominale aigue doit conduire à une démarche diagnostique permettant de rechercher des signes d'occlusion et/ou d'irritation péritonéale.

Le contexte clinique guide la demande d'examens complémentaires.